

年 月 日

大 分 県 知 事 殿

届出者 住 所
(ふりがな)
氏 名
続 柄

身 体 障 害 者 手 帳 返 還 届

下記の者は、 年 月 日 のため身体障害者手帳を
返還します。

記

返 還 者 住 所
(ふりがな)
氏 名
生年月日 年 月 日生
個人番号

身体障害者手帳番号 県第 号

同 上 交 付 年 月 日 年 月 日

障 害 名

第 号
年 月 日

大 分 県 知 事 殿

福祉事務所長 印
町 村 長 印

上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので進達します。